



# Ascension

[Date]

Cher Patient/Demandeur,

Ascension est animée par la compassion et s'engage à fournir des soins personnalisés à tous, en particulier aux plus démunis. Notre devoir et notre privilège sont d'offrir une aide financière à nos patients. L'aide financière est réservée aux soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez pour vos soins de santé et ceux de votre famille.

Nous vous envoyons cette lettre et la demande d'aide financière ci-jointe, car nous avons reçu votre demande. Si vous n'avez pas fait de demande, veuillez ne pas en tenir compte. Veuillez remplir le recto et le verso, la signer et la dater avant de nous la retourner. Si vous avez rempli une demande au cours des six derniers mois et que vous avez obtenu une aide financière, veuillez nous en informer. Il se peut que vous n'ayez pas besoin de remplir une nouvelle demande. Malheureusement, nous ne pouvons pas nous baser sur une demande antérieure datant de plus de six mois.

Avec votre demande, vous devrez fournir une attestation des revenus de votre foyer et une attestation de tous les biens détenus par les membres de votre foyer.

## **Voici des exemples de preuve de revenus et d'actifs :**

- Copies des 3 derniers bulletins de salaire provenant de l'employeur.
- Copies de la dernière déclaration d'impôts annuelle (si vous êtes travailler(euse) indépendant(e), veuillez inclure toutes les annexes)
- Lettre d'attribution de la Sécurité sociale et/ou de la pension de retraite
- Dernière déclaration de revenus annuelle du parent ou du tuteur, si le demandeur est une personne à charge figurant sur leur formulaire fiscal et âgée de moins de 25 ans
- Copie du reçu des prestations de chômage
- Approbation/refus de l'éligibilité à Medicaid et/ou à l'aide médicale financée par l'État
- Tout autre document de validation de revenus

## **Voici des exemples de preuve d'actifs :**

- Relevés bancaires récents (comptes courants et comptes d'épargne) des trois derniers mois
- Placements, y compris les actions et les obligations
- Fonds fiduciaires
- Comptes du marché monétaire
- Fonds communs de placement

Enfin, nous pourrions peut-être prendre en compte vos factures médicales impayées afin de vous rendre admissible à une aide financière. Si vous souhaitez que nous examinons votre demande, veuillez également fournir des documents attestant vos frais médicaux et pharmaceutiques mensuels impayés, tels que des factures récentes ou des relevés de compte. **Veillez noter que 1) le formulaire de demande dûment rempli, accompagné 2) d'une preuve de revenus, 3) d'une preuve d'actifs et 4) d'une preuve de factures médicales impayées (le cas échéant) doit être reçu pour que la demande soit prise en considération. Nous ne sommes pas en mesure de traiter ou d'examiner des demandes incomplètes.**

Lorsque vous soumettez votre candidature, veuillez garder à l'esprit que les communications par e-mail sur Internet ne sont pas sécurisées. Bien que cela soit peu probable, il est possible que les informations que vous incluez dans un e-mail soient interceptées et lues par d'autres personnes que le destinataire. Nous voulons protéger vos informations personnelles et veiller à ce qu'elles restent sécurisées. Étant donné que la demande contient votre numéro de sécurité sociale ainsi que d'autres informations privées, nous vous demandons instamment de ne pas l'envoyer par courrier électronique.

**Veillez imprimer et envoyer votre demande dûment remplie et la documentation justificative à l'adresse suivante :**

**Pour les comptes hospitaliers :**

**Ascension Sacred Heart  
PO Box 946891  
Atlanta GA 30394**

**Pour les comptes de groupe médical :**

**Ascension Medical Group  
PO Box 80278  
Indianapolis IN 46240-9998**

Nous sommes là pour vous aider et voulons nous assurer que les patients qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière la reçoivent. Si vous avez des questions concernant cette demande, les pièces justificatives requises ou la meilleure façon de nous faire parvenir votre demande, veuillez appeler l'un de nos représentants au 866-869-9677.

Cordialement,

Les services financiers pour les patient  
d'Ascension

# Formulaire de demande d'aide financière



## Ascension

### Informations sur le patient

(Veuillez l'imprimer et remplir tous les champs. Indiquez s'il n'y a pas d'application sur une ligne individuelle dans la demande.)

Date \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_  
Nom (prénom et nom) \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ État civil \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale (facultatif) \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_ Statut en matière d'emploi \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_

### Informations sur la personne responsable / informations sur le tuteur légal

(Si le patient ci-dessus est la personne responsable, ne remplissez pas cette section.)

Nom (prénom et nom) \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ État civil \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale (facultatif) \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_ Statut en matière d'emploi \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_

### Informations sur le conjoint responsable

(Si le (la) patient(e) est la personne responsable, remplissez les informations relatives au conjoint du patient.)

Nom (prénom et nom) \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ État civil \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale (facultatif) \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_ Statut en matière d'emploi \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_

### Dépendants de la personne responsable

(Si le (la) patient(e) est la personne responsable, remplissez les informations relatives au conjoint du patient.)

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec le responsable \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec le responsable \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec le responsable \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec le responsable \_\_\_\_\_  
Nombre d'adultes et d'enfants vivant dans le foyer \_\_\_\_\_

## Revenus mensuels

(Remplissez le montant en dollars pour chaque élément listé ci-dessous. Fournissez le montant mensuel pour chacun.)

Revenu gagné par le demandeur \_\_\_\_\_  
Revenu du conjoint \_\_\_\_\_  
Prestations de sécurité sociale \_\_\_\_\_  
Pension/retraites \_\_\_\_\_  
Allocation handicap \_\_\_\_\_  
Compensation chômage \_\_\_\_\_  
Compensation des travailleurs \_\_\_\_\_  
Revenus d'intérêts/dividendes \_\_\_\_\_

Pension alimentaire pour enfants reçue \_\_\_\_\_  
Pensions alimentaires reçues \_\_\_\_\_  
Revenu de biens locatives \_\_\_\_\_  
Coupons alimentaires \_\_\_\_\_  
Distribution de fonds en fiducie reçue \_\_\_\_\_  
Autres revenus \_\_\_\_\_  
Autres revenus \_\_\_\_\_  
Total **des revenus mensuels bruts** \$ \_\_\_\_\_

## Dépenses mensuelles

Hypothèque/loyer \_\_\_\_\_  
Utilitaires \_\_\_\_\_  
Téléphone (fixe) \_\_\_\_\_  
Téléphone portable \_\_\_\_\_  
Produits alimentaires/Courses \_\_\_\_\_  
Télévision par câble/Internet/satellite \_\_\_\_\_  
Paieement pour voiture \_\_\_\_\_  
Garde d'enfants \_\_\_\_\_

Pension alimentaire pour enfants/pension alimentaire \_\_\_\_\_  
Cartes de crédit \_\_\_\_\_  
Factures de médecin/d'hôpital \_\_\_\_\_  
Assurance voiture/automobile \_\_\_\_\_  
Assurance habitation/biens \_\_\_\_\_  
Assurance médicale/médicale \_\_\_\_\_  
Assurance vie \_\_\_\_\_  
Autres frais mensuels \_\_\_\_\_  
Total **des dépenses mensuelles** \$ \_\_\_\_\_

## Actifs

Argent comptant/épargne/comptes de chèque \_\_\_\_\_  
Actions/obligations/placements/CD(s) \_\_\_\_\_  
Autres biens immobiliers/résidence secondaire \_\_\_\_\_  
Bateau/RV/véhicule de plaisance \_\_\_\_\_  
Automobiles de collectionneur/automobiles non essentielles \_\_\_\_\_  
Autres actifs \_\_\_\_\_

Par la présente, je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes à ma connaissance. Par la présente, j'autorise l'hôpital à obtenir des informations auprès d'agences externes d'évaluation de crédit si l'hôpital le juge opportun.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_